健康保険組合使用欄	
出産育児一時金差額	円
支払年月日	年　月　日

被保険者
被扶養者　出産育児一時金請求書

［差額請求
全額払い請求］ ※どちらかに〇をつけて下さい

被保険者等の記号・番号	―		事業所名		
被保険者の氏名			被保険者の生年月日	昭和 平成　年　月　日	
出産年月日	令和　年　月　日		生産の場合	出産児数　人	
			死産の場合	妊娠　週	
出産した医療施設等の名称・所在地	医療施設等の名称				
	医療施設等の所在地		〒		
家族出産であるときはその氏名・生年月日	氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	
出生児の氏名 生年月日	氏名		生年月日	令和　年　月　日	

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

〒

住所 ----------

被保険者の

氏名(自署) ----------

ＪＭＡ健康保険組合理事長　殿

振込先指定口座				
	金融機関名称	銀行	支店	
	預金種別	普通　・　当座	口座番号	
	口座名義（カナ）			

※原則、被保険者名義となります。

（添付書類）□出産費用に関する領収証の写し
□出産明細書の写し
□直接支払制度合意文書の写し
□母子手帳の写し（「出生届出済証明」記載箇所）
または、住民票（世帯分。続柄必要、マイナンバー不要）

受付印

☆ 法定給付との差額が発生した場合の差額支給につきましては、
医療機関から健保への請求が出産月より２ヶ月後となるため、
請求金額を健保で確認後の支給とさせていただきます。